

DECLARACION DE DATOS PARA UNA PERSONA ADICIONAL

(Solicitud suplemental de estampillas para comida y petición para asistencia monetaria)

INSTRUCCIONES: Complete este formulario para informarnos sobre una persona adicional en el hogar. Si necesita más espacio para contestar las preguntas, adjunte otra hoja de papel. Anote las respuestas a todas las preguntas acerca de los beneficios que usted está solicitando. Las iniciales "CA" asistencia monetaria y "FS" estampillas para comida que aparecen a la izquierda de cada pregunta, le indican a qué programa se refiere esa pregunta.

Si usted recibe asistencia monetaria, y quiere asistencia para la persona adicional, este formulario tiene que ser completado por el adulto que esté ahora recibiendo asistencia monetaria y sea el familiar encargado del cuidado continuo de la persona adicional, o por la persona adicional, a menos que esa persona sea un niño.

En relación a los grupos para fines de estampillas para comida, los cuales no reciben asistencia monetaria o no quieren recibir asistencia monetaria para la persona adicional, cualquier miembro del grupo, un representante autorizado o la persona adicional puede completar este formulario.

POR FAVOR ESCRIBA CON TINTA Y LETRA DE MOLDE

SOLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME _____
 CASE NUMBER _____
 WORKER NAME _____
 WORKER NUMBER _____
 DATE RECEIVED _____

CA ① Nombre de la persona que completa este formulario (Nombre, nombre que usa en medio, apellido)
 FS

CA ② Anote a la persona adicional del hogar, incluyendo a recién nacidos.
 FS

NOMBRE (Nombre, nombre que usa en medio, apellido)		CIUDADANIA/SITUACION MIGRATORIA (✓) <input type="checkbox"/> Ciudadano/Nacional de los EE.UU. <input type="checkbox"/> No ciudadano: Patrocinado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	¿EMBARAZADA?	¿ES PADRE O MADRE?
- -	- -	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad/Estado/Pais)	SEXO (✓) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SITUACION EN RELACION A LA ESCUELA (✓)	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Nunca ha estado casado <input type="checkbox"/> Matrimonio sin formalidades legales <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Tiene diploma de la secundaria (<i>high school</i>) <input type="checkbox"/> Tiene un GED (certificado equivalente a graduación de la secundaria) <input type="checkbox"/> Actualmente está asistiendo a la escuela <input type="checkbox"/> No asiste a la escuela (explique):	
¿HAY PARENTESCO CON EL SOLICITANTE/PERSONA ENCARGADA/JEFE DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA? Si la respuesta es "SI", anote el parentesco: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ALGUN OTRO NOMBRE QUE HA USADO: (Nombre de soltera, nombre adoptivo, etc.)	

VERIFIED:	YES	NO
SSN		
FS ID		
Blind/Deaf/Disabled Residency		
DFA 285-C Comp.		
Referred to Cal-Learn		
CW 25 Completed		
CW 25 A Completed		
Referred to WTW		
Citizen		
Eligible Non-citizen		
Sponsored		
SAVE		
Date of Entry to U.S. _____		
Excluded HH Member Code _____		
Work/Training/WTW Code _____		

CA ③ ¿La persona adicional ha solicitado o recibido beneficios anteriormente: SI NO
 FS como asistencia monetaria, estampillas para comida, asistencia para personas sin hogar, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), o asistencia monetaria para refugiados? Si la respuesta es "SI", explique:

¿CUANDO?	¿DONDE? (Condado, estado, o país)	TIPO DE BENEFICIO

CA ④ ¿Es esa persona menor de 19 años de edad? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente: SI NO

NOMBRE DE LA MADRE (✓) Vive en el hogar	NOMBRE DEL PADRE (✓) Vive en el hogar	Razón por la cual el otro padre/madre no vive en el hogar	El niño necesita ayuda debido a que el padre/madre está: (marque todas las casillas pertinentes)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> desempleado <input type="checkbox"/> incapacitado/discapacitado <input type="checkbox"/> muerto

VERIFIED: Deprivation YES NO

CA ⑤ ¿Ha estado esa persona en el servicio militar de los Estados Unidos o es esposo(a), padre/madre o hijo de una persona que ha estado en el servicio militar? SI NO
 FS Si la respuesta es "SI", explique:

ANOTE EL NOMBRE, RAMO DE SERVICIO MILITAR, ETC.	¿SEPARACION HONORABLE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

CW 5 YES NO
 Date Initiated _____

CA ⑥ ¿Vive esa persona actualmente en California y tiene intenciones de continuar viviendo aquí? SI NO
 FS Si la respuesta es "NO", explique:

CA FS	7	A. ¿Es esa persona un niño de crianza temporal que vive en el hogar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SOLO PARA USO DEL CONDADO									
					<input type="checkbox"/> CalWORKs and FC Eligible/ CR Chooses: Child: <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> FC CR: <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> None									
FS		B. ¿Quiere que se incluya en su caso de estampillas para comida al niño de crianza temporal y los ingresos de este niño provenientes del programa encargado del cuidado de crianza temporal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
CA FS	8	A. ¿Tiene esa persona 16 años de edad o más y está matriculada en la escuela, universidad (college), o en un programa de entrenamiento? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD/ PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO		UNIDADES/HORAS POR SEMANA	FECHA EN QUE ESPERA GRADUARSE	¿TRABAJA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	VERIFIED: School Enrollment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No FS Eligible Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No									
SI ESTA MATRICULADA, MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):														
CA FS		B. Complete lo siguiente si esa persona está matriculada en una universidad (college) o si asiste a una institución de educación similar.												
PERIODO ACADEMICO <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Trimestre		GASTOS DE MATRICULA/CUOTAS POR PERIODO ACADEMICO \$	LIBROS, EQUIPO, ETC. POR PERIODO ACADEMICO \$		VERIFIED: Expenses <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Financial Aid <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No									
VIAJE REDONDO DIARIO A LA ESCUELA/ LUGAR DE CUIDADO DE NIÑOS (MILLAS)		DIAS QUE ASISTE POR SEMANA	MEDIO DE TRANSPORTE QUE USA											
GASTOS DE TRANSPORTE POR SEMANA \$		CANTIDAD QUE PAGAN LOS QUE VIAJAN JUNTOS EN EL MISMO VEHICULO \$	TRANSPORTE PUBLICO (AUTOBUS, ETC.) POR DIA \$											
CA FS	9	¿Se han discontinuado, durante un período de tiempo o para siempre, la asistencia monetaria o las estampillas para comida de esa persona debido a: la falta de cooperación durante una revisión de control de calidad, sanciones relacionadas al trabajo o entrenamiento, fraude en la asistencia pública o una violación intencional del programa? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
¿POR QUE?		¿CUANDO?	¿EN QUE CONDADO/ESTADO?											
CA FS	10	¿Algún miembro del grupo se está escondiendo o está huyendo de la ley debido a que cometió o intentó cometer un delito mayor, o porque ha violado su libertad condicional (parole/probation)? Si la respuesta es "SI", anote el nombre de la persona:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
CA FS	11	¿Algún miembro de su grupo ha sido encontrado culpable de un delito mayor relacionado con drogas, ya bien sea por posesión, uso, o distribución de alguna substancia controlada? Para asistencia monetaria dé los hechos de las convicciones que ocurrieron el 1º de enero de 1998 o después; y para estampillas para comida dé información acerca de crímenes y convicciones después del 22 de agosto de 1996. Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
NOMBRE DE LA PERSONA ENCONTRADA CULPABLE		FECHA QUE FUE ENCONTRADO CULPABLE	FECHA QUE SE COMETIO EL CRIMEN											
FS	12	¿Compra esa persona sus alimentos y prepara sus comidas por separado de los demás en el hogar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No									
FS	13	¿Tiene esa persona 60 años de edad o más y no puede comprar alimentos ni preparar sus comidas por separado debido a una incapacidad/discapacidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Separate household eligible <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No									
FS	14	¿Le paga esa persona a usted por las comidas y/o cuarto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Household Elects</th> </tr> <tr> <td style="width:33%;">BOARDER</td> <td style="width:33%;">HH MEMBER</td> <td style="width:33%;">ROOMER</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Household Elects			BOARDER	HH MEMBER	ROOMER			
Household Elects														
BOARDER	HH MEMBER	ROOMER												
MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos		¿CUANTO? \$	¿CON QUE FRECUENCIA?	NUMERO DE COMIDAS POR DIA										
FS	15	¿Recibe esa persona alimentos de alguno de los siguientes programas? ● Comedor comunal para ancianos o personas incapacitadas/discapacidades ● Programa de distribución de alimentos operado por una reservación de indios (indígenas) de los EE. UU. ● Otro programa de alimentos Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO										
NOMBRE DEL PROGRAMA														

CA FS	(16)	¿Trabaja esa persona ahora o espera trabajar en los siguientes dos meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente; adjunte talones de pago u otras pruebas de ingresos ganados. (Nota: Si tiene su propio negocio, anote los gastos de su negocio en una hoja de papel por separado y adjúntela a este formulario.	SOLO PARA USO DEL CONDADO <input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS Adult <input type="checkbox"/> FS Child FS S/E Farmer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Verification(s) on file: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																									
NOMBRE DEL PATRON		¿NEGOCIO PROPIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	OCUPACION	DIAS/HORAS QUE TRABAJA POR MES																								
FECHAS DE PAGO		SALARIO ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____ por _____	¿PROPINAS O COMISIONES? <input type="checkbox"/> SI Cantidad \$ _____ <input type="checkbox"/> NO																									
CA FS	(17)	A.	¿Le paga esa persona a alguien por el cuidado de un niño, un adulto incapacitado/discapacitado u otra persona a su cargo para poder ir a trabajar o a un entrenamiento o para buscar trabajo? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:		Child Care Informing Given to Client: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Trustline Informing (CCP 2)</td> <td style="width:50%;">Health & Safety Certification (CCP 5)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> Dependent Care Eligible <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">CA</td> <td style="width:50%;">FS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	CA	FS	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No															
Trustline Informing (CCP 2)	Health & Safety Certification (CCP 5)																											
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																											
CA	FS																											
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																											
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO		NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA EL CUIDADO	CANTIDAD MENSUAL QUE SE PAGA \$ _____																									
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO		NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONA EL CUIDADO	CANTIDAD MENSUAL QUE SE PAGA \$ _____																									
CA FS	(18)	B.	¿Paga alguien los gastos de cuidado de niños de esa persona? Incluya los gastos que paga un pariente o amigo, el Departamento de Educación, una subvención global de ayuda para estudiantes, Cal-Learn*, TCC (Programa de Transición de Cuidado de Niños), NET (Programa de Educación y Entrenamiento que No Pertenece a GAIN), WTW (Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo), SCC (Programa de Pagos Suplementales para el Cuidado de Niños), CAAP (Programa de Asistencia Alternativa de California), etc. Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:																									
NOMBRE DEL NIÑO		¿QUIEN PAGA?	CANTIDAD MENSUAL QUE SE PAGA \$ _____																									
NOMBRE DEL NIÑO		¿QUIEN PAGA?	CANTIDAD MENSUAL QUE SE PAGA \$ _____																									
CA FS	(19)	Durante los últimos 60 días, ¿ha dejado esa persona de trabajar o de participar en un entrenamiento, o se ha negado a ello? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:85%;"></td> <td style="width:5%; text-align: center;">YES</td> <td style="width:5%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Emp. Statement</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Good Cause Determ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Voluntary Quit</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>CA: 30 days</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>FS: 60 days</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			YES	NO		Emp. Statement				Good Cause Determ				Voluntary Quit			<input type="checkbox"/>	CA: 30 days			<input type="checkbox"/>	FS: 60 days		
		YES	NO																									
	Emp. Statement																											
	Good Cause Determ																											
	Voluntary Quit																											
<input type="checkbox"/>	CA: 30 days																											
<input type="checkbox"/>	FS: 60 days																											
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRON/ PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO		¿Recibió esa persona, o espera recibir salario o beneficios este mes? Si la respuesta es "SI" complete lo siguiente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																										
		ULTIMO CHEQUE QUE RECIBIO (FECHA)	CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____																									
		CHEQUE QUE ESPERA RECIBIR (FECHA)	CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUCCIONES \$ _____																									
NUMERO DE HORAS DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO		ULTIMO DIA DE TRABAJO/ENTRENAMIENTO	¿PROPINAS O COMISIONES? <input type="checkbox"/> SI Cantidad \$ _____ <input type="checkbox"/> NO																									
Mes pasado _____		RAZON POR LA QUE DEJO EL TRABAJO/ENTRENAMIENTO																										
Este mes _____																												
CA FS	(20)	¿Está en huelga esa persona? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:		Striker Regs Apply <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">CA</td> <td style="width:50%;">FS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	CA	FS	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																				
CA	FS																											
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																											
NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRON/ PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO		NOMBRE DEL SINDICATO																										
		FECHA EN QUE EL O ELLA EMPEZO LA HUELGA																										
		INGRESOS BRUTOS MENSUALES QUE GANABA EN ESTE TRABAJO ANTES DE LA HUELGA \$ _____																										
CA FS	(21)	¿Paga esa persona mantenimiento de hijos o pensión por divorcio o separación? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:		Court Order on File <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount Ordered \$ _____																								
NOMBRE DEL NIÑO O DE LA ESPOSA(O)		CANTIDAD POR MES \$ _____	¿ORDENADO(A) POR LA CORTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																									
CA FS	(22)	¿Ha solicitado o recibido esa persona algún otro beneficio en los últimos 12 meses, tales como, beneficios del Seguro Social, Seguro contra Desempleo/Incapacidad, asistencia monetaria, mantenimiento de hijos o pensión por divorcio o separación, beneficios para veteranos, vivienda gratuita, servicios públicos y municipales gratuitos, etc.? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:		<input checked="" type="checkbox"/> if Exempt <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">CA</td> <td style="width:50%;">FS</td> </tr> </table>	CA	FS																						
CA	FS																											
TIPO DE BENEFICIO	CANTIDAD	FECHA DE SOLICITUD	¿DONDE? (CONDADO/ESTADO)	FECHA EN QUE SE RECIBIO POR ULTIMA VEZ	¿CON QUE FRECUENCIA? (Semanal/mensualmente, etc.)	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE EMPIECE Y TERMINE																						
	\$ _____					EMPEZARA:																						
						TERMINARA:																						

CA **22** ¿Está comprando esa persona o es dueña de bienes raíces, tales como terrenos y/o edificios en cualquier lugar, incluso fuera de los EE. UU.? SI NO
 FS Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Home Exempt Yes No
 Other Real Property
 Market Value \$ _____
 Amount Owed \$ _____
 Net Value \$ _____
 Lien Applicable Yes No

CLASE (TERRENO, CASA, APARTAMENTO, ETC.)	USO (HOGAR, ALQUILER, ETC.)	DIRECCION O UBICACION	VALOR APROXIMADO	CANTIDAD QUE SE DEBE
			\$	\$

CA **23** A. ¿Tiene esa persona alguno de los siguientes recursos? SI NO
 FS Si la respuesta es "SI", marque (✓) la columna apropiada y explique a continuación:

RECURSO	SI	NO	RECURSO	SI	NO
Cheques o dinero (en el hogar o en cualquier otro lugar)			Fondos en fideicomiso		
Cuenta de cheques/ahorros/ de la unión de crédito			Acciones, bonos, certificados, cuentas individuales de jubilación (IRA), fondos de jubilación		
Pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, contratos de venta			Otro (anote a continuación)		

CLASE DE RECURSO	DUÑO	NUM. DE CUENTA/POLIZA	NOMBRE Y DIRECCION DEL BANCO, ETC.	VALOR ACTUAL	(✓) if Exempt
				\$	CA FS
				\$	

CA **B.** ¿Recibe esa persona ingresos provenientes de estos recursos, como intereses, dividendos, etc.? SI NO
 FS Si la respuesta es "SI", anote los que recibe y explique a continuación:

FUENTE DEL DINERO	¿CUANTO?	¿CON QUE FRECUENCIA?
	\$	
	\$	

CA **24** ¿Es dueña, alquila o usa esa persona un vehículo motorizado, por ejemplo, un auto; camión o camioneta (truck); lancha; remolque; vehículo cubierto para carga y pasajeros (van); casa móvil (mobile home); vehículo que se puede usar en cualquier tipo de terreno (ATV); motocicleta; Seadoo (marca de motos acuáticas), moto acuática (jetski), etc.? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente: SI NO
 FS

(✓) if Exempt Leased Exempt Leased
 Vehicle Valuation

NOMBRE DEL DUEÑO MARQUE (✓) SI LO ALQUILA	¿PARA QUE SE USA EL VEHICULO?	AÑO, MARCA, MODELO	NUM. DE PLACA Y ESTADO DONDE ESTA REGISTRADO	¿REGISTRADO? MARQUE (✓)	VALOR APROXIMADO	SALDO QUE SE DEBE
<input type="checkbox"/> Alquilado				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$

CA **25** ¿Es esa persona dueña o usa bienes personales que cuestan o que tienen un valor actual de al menos \$100 por artículo, por ejemplo, joyas, equipo, instrumentos, ganado, etc.? No incluya ropa, anillos de boda, alfombras, aparatos domésticos, muebles ni cualquier otro artículo del hogar. Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente: SI NO
 FS

Owned Jointly Owned Separately
 Net Market Value \$ _____

DUÑO	ARTICULO	FECHA EN QUE SE COMPRO	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	SALDO QUE SE DEBE
			\$	\$
			\$	\$

CA **26** ¿Ha vendido, transferido o regalado esa persona bienes personales o bienes raíces durante los últimos 2 años, si se trata de la asistencia monetaria, o durante los últimos 3 meses, si se trata de las estampillas para comida? Si la respuesta es "SI", explique: SI NO
 FS

Closed Bank Accounts: Food Stamps in last 3 months

CA **27** ¿Tiene esa persona alguna de las siguientes coberturas de seguro: seguro de vida, seguro para entierro, seguro contra incapacidad/discapacidad o seguro de hipoteca? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente: SI NO
 FS

Total CSV (1) _____ (2) _____
 Total Countable Property: Items 22-27
 CA \$ _____
 FS \$ _____

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	NUMERO DE POLIZA	NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA LA PRIMA	CANTIDAD QUE SE PAGA
			\$

CA **28** ¿Tiene esa persona seguro de salud o de hospitalización, incluyendo el seguro pagado por un patrón o por un padre/madre ausente, por ejemplo, Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS*, Medicare (seguro médico federal), etc.? Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente: SI NO
 FS

Health Care Options Explanation Given Referral _____ NA _____
 DHS 6155
 DFA 285-C
 Medicare Gross Premium \$ _____

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	FECHA DE VENCIMIENTO	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DEL PAGO
		\$	

CA 29 ¿Recibió esa persona tratamiento médico/para embarazo durante este mes o en los tres meses anteriores a este mes? SI NO
Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:

SOLO PARA USO DEL CONDADO

Retro Medi-Cal
Requested Yes No
Approved Yes No

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIO EL CUIDADO	MESES DE CUIDADO	¿SE PAGO EL TRATAMIENTO?		¿QUIERE MEDI-CAL PARA ESOS MESES?	
		SI	NO	SI	NO

CA 30 ¿Tiene esa persona seguro de salud a la disposición, que no se ha solicitado, a través de padres, un patrón o un padre/madre ausente? SI NO
Si la respuesta es "SI" complete lo siguiente:

DHS 6155

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DE LOS PAGOS
	\$	
	\$	

CA 31 ¿Tiene esa persona una incapacidad/discapacidad causada por una lesión o accidente que le dificulta trabajar o proveer sus propias necesidades? SI NO
Si la respuesta es "SI", complete lo siguiente:

VERIFIED:
Higher/Lower MAP Yes No
Special Need Yes No
 DFA 285-C

TIPO DE PROBLEMA	FECHA EN QUE EL PROBLEMA EMPEZO	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE SE RECUPERE

CA 32 A. ¿Tiene esa persona alguna condición médica o se encuentra en alguna situación que requiere algo de lo siguiente? Marque (✓) "SI" o "NO" para cada categoría:

CA Special Need Yes No
Amount \$ _____

	SI	NO		SI	NO
Dieta especial-recetada por un médico			Uso muy alto de los servicios públicos y municipales		
Necesidad de transporte especial			Servicio especial de lavandería		
Teléfono u otro equipo especial			Otro (especifique):		
Tareas domésticas (nadie del hogar puede hacerlas)					

VERIFIED:
CA Yes No
FS Yes No
 DFA 285-C

Si la respuesta es "SI", explique:

CA 32 B. ¿Recibe esa persona IHSS (Servicios de Casa y Cuidado Personal)? SI NO
Si la respuesta es "SI", ¿cuánto paga esa persona cada mes? \$ _____

DFA 285-C

CA 33 Los siguientes servicios están a la disposición. Las respuestas a estas preguntas, en relación a usted o a cualquier otra persona de la familia, no afectarán la elegibilidad de usted. Marque (✓) "SI" o "NO" para cada una.

CHDP Brochure and Explanation Given
Date: _____

A. Los reconocimientos/exámenes médicos/dentales regulares para ayudar a proteger la salud de su familia están a la disposición, si se piden, a través de CHDP* para los miembros de su familia menores de 21 años de edad que reúnan los requisitos.

- ¿Quiere más información acerca de los servicios de CHDP?
- ¿Quiere servicios médicos de CHDP?
- ¿Quiere servicios dentales de CHDP?
- ¿Necesita ayuda para hacer citas o con el transporte para recibir servicios de CHDP?

SI	NO

Referral

B. Si alguna persona en la familia está embarazada, puede recibir ayuda para encontrar un doctor, para obtener alimentos saludables, y otra clase de ayuda. ¿Quiere hablar con alguien acerca de esta ayuda?

C. ¿Alguna persona en la familia está amamantando a un niño (dándole pecho)? . . .
Si la respuesta es "SI", ¿dio a luz en los últimos 12 meses?

Pregnant
 Parent or Guardian of child under 5
 Breastfeeding
 Postpartum

Si marcó "SI" en relación al número 33 B o C, es posible que reúna los requisitos para recibir los servicios que proporciona WIC (Programa de Nutrición Suplemental Especial para Mujeres, Bebés y Niños).

D. ¿Quiere usted o algún miembro de la familia servicios de planificación familiar gratuitos o a bajo costo? Si la respuesta es "SI", llame a su plan de cuidado de la salud o a su doctor regular.

WIC referral
 Family Planning Information Given
 Referred Date _____

O, para obtener información sobre clínicas confidenciales de planificación familiar y la ubicación de esas clínicas, llame gratuitamente al 1-800-942-1054.

CERTIFICACION

Entiendo que:

- Cualquier información que haya dado, incluyendo los datos sobre beneficios e ingresos, se comparará con los expedientes locales, estatales y federales, tales como los de los patrones; la Administración del Seguro Social; las oficinas de impuestos, bienestar público y desempleo; asistencia escolar; etc. Y para asistencia monetaria y estampillas para comida, los expedientes se compararán con las agencias de la ley por si hay ordenes de arresto.
- Es posible que los empleados del condado y del gobierno estatal o federal revisen y verifiquen toda la información que haya dado, incluyendo los datos sobre beneficios e ingresos, y si he dado información incorrecta, es posible que se me niegue o descontinúe la asistencia monetaria, estampillas para comida y Medi-Cal (Programa de asistencia Médica de California).
- Es posible que se escoja mi caso para revisarlo para asegurar que mi elegibilidad se determinó correctamente, y yo tengo que cooperar por completo con los empleados del condado o del gobierno estatal o federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión de control de calidad.
- El condado le enviará al INS (Servicio de Inmigración y Naturalización) información para verificar la situación migratoria, y es posible que la información que el condado obtenga del INS afecte mi elegibilidad para asistencia monetaria, estampillas para comida y Medi-Cal completo. Pero, si estoy solicitando solamente Medi-Cal, Y si no soy (a) un inmigrante con residencia permanente legal (LPR), (b) un inmigrante con amnistía con el formulario I-688 válido y actual, o (c) un inmigrante con residencia permanente en los Estados Unidos a discreción gubernamental (PRUCOL), el condado no enviará documentación de los hechos al INS.
- Tengo que solicitar y mantener cualquier cobertura de seguro para la salud que haya a la disposición sin costo para mí; si no lo hago, se me negará o descontinuará el Medi-Cal.
- Se requerirá que yo u otros miembros de la familia reembolsemos cualquier cantidad de asistencia monetaria que yo no debería haber recibido.
- Es posible que se le requiera al grupo para fines de estampillas para comida, a cualquier miembro adulto del grupo mencionado (aunque se mude), al patrocinador de un miembro no ciudadano del grupo, o al representante autorizado de residentes de una institución que reúne los requisitos, que reembolse cualquier beneficio que el grupo no debería haber recibido.
- Cualquier miembro de mi grupo que se esté escondiendo o esté huyendo de la ley debido a que cometió o intentó cometer un delito mayor, o que haya violado su libertad condicional (*parole/probation*), no puede recibir estampillas para comida.
- Cualquier persona que haya cometido o haya sido encontrada culpable de un delito mayor relacionado con la posesión, el uso o distribución de drogas o sustancias controladas desde agosto 22, 1996, no podrá recibir estampillas para comida o si fue encontrado culpable el 1º de enero de 1998 o después tampoco podrá recibir asistencia monetaria.
- El condado requerirá que para asistencia monetaria y estampillas para comida, a ciertos miembros del grupo y a mí se nos tomen las huellas digitales y una fotografía en imagen computarizada. Si no cooperamos, es posible que se nieguen o descontinúen todos los beneficios.

También entiendo que:

Se me descalificará y/o se me sancionará por fraude en relación a la asistencia pública si a propósito doy información errónea o no reporto todos los hechos o circunstancias que afecten mi elegibilidad o beneficios para asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal.

Para asistencia monetaria:

- Si a propósito yo no sigo las reglas de la asistencia monetaria, es posible que se me imponga una multa hasta de \$10,000 y/o se me puede mandar a la cárcel/prisión por hasta 3 años y mi asistencia monetaria puede ser suspendida.
 - Por no reportar todos los hechos o dar información falsa: 6 meses por la primera ofensa, 12 meses por la segunda, permanentemente por una tercera ofensa; y para el programa de asistencia monetaria para refugiados, 3 meses por la primera y 6 meses por cualquier otra ofensa después.
 - Por presentar una o más solicitudes para recibir asistencia monetaria en más de un caso a la vez: 2 años por la primera convicción, 4 años por una segunda, o permanentemente por una tercera.
 - Por convicciones de delitos mayores de robo para recibir asistencia monetaria: 2 años por robos de cantidades abajo de \$2,000; 5 años por cantidades de \$2,000 hasta \$4,999.99; y permanentemente por cantidades de \$5,000 o más.
 - Por dar al condado pruebas falsas de residencia para poder recibir asistencia en dos o más condados o estados a la vez; dar al condado pruebas falsas de un hijo que no reúne los requisitos o un hijo que no existe; recibir más de \$10,000 en beneficios de asistencia monetaria a través de fraude; recibir de la corte o de una audiencia administrativa una tercera convicción por fraude: la asistencia monetaria se suspenderá para siempre.

Para estampillas para comida:

- Si a propósito no sigo las reglas de estampillas para comida, mis estampillas para comida se descontinuarán por 12 meses por la primera violación; 24 meses por la segunda, y para siempre por la tercera. Y es posible que se me imponga una multa de hasta \$250,000 y/o se me mande a la cárcel/prisión por 20 años.
- Si se me encuentra culpable en cualquier tribunal de justicia por que:
 - Cambié o vendí estampillas para comida por armas de fuego, munición, o explosivos, se pueden descontinuar mis estampillas para comida para siempre por la primera violación.
 - Cambié o vendí estampillas para comida por sustancias controladas, se pueden descontinuar mis estampillas para comida por 24 meses por la primera violación y para siempre por la segunda.
 - Cambié o vendí estampillas para comida con el valor de \$500 o más, se pueden descontinuar mis estampillas para comida para siempre.
 - Presenté dos o más solicitudes para estampillas para comida a la vez y di identidad o información de residencia falsa, se me pueden descontinuar mis estampillas para comida por 10 años

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta y completa.

FIRMA (PADRE/MADRE O FAMILIAR ENCARGADO, MIEMBRO ADULTO O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA)

FIRMA (EL OTRO DE LOS PADRES QUE TAMBIEN VIVE EN EL HOGAR, SI SE ESTA SOLICITANDO ASISTENCIA MONETARIA)	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA, INTERPRETE O PERSONA QUE ESTE ACTUANDO A NOMBRE DEL SOLICITANTE	FECHA
---	-------	---	-------